

 175 South 9th St. Brooklyn N.Y. 11211 PARAPROFESSIONAL DUTY SHEET 护理人员工作间表	PATIENT NAME (Last, First)/病人姓名(姓, 名)		Medical Record#
	ADDRESS/病人地址		Zip/邮政编码
	<input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Brooklyn <input type="checkbox"/> Staten Island	<input type="checkbox"/> Long Island <input type="checkbox"/> Manhattan <input type="checkbox"/> Bronx	<input type="checkbox"/> CHHA <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> LTHHCP <input type="checkbox"/> IV Therapy

Employee Name
 护理人员姓名 _____ Last/姓 _____ First/名 _____
 HHA护理水平 PCA护理水平 Homemaker/Housekeeper
Frequency of Service: _____ Days _____ HoursX _____ Weeks/Month
 提供服务时间: _____ 天 _____ 小时 _____ 星期/月

Employee SS # / 护理人员卡 # _____
OFFICE USE ONLY
 NPH'S PATIENTS: GUILDNET PRIVATE PAY
 OTHER

The patient and you must sign each day to verify the care has been given: (Do not print) 病人和护理人员必须每天签名(签名请不要用正楷)

	Date 日期	Patient Signature 病人签名	Aide Signature 护理员签名	Time In 开始	Time Out 结束	Total Time 总时间数	Office use only	
							Personal Care	Other Activity
Saturday/六								
Sunday/日								
Monday/一								
Tuesday/二								
Wednesday/三								
Thursday/四								
Friday/五								

CARE TO BE PROVIDED 提供的护理项目		DAY 星期						
FREQUENCY OF TASKS AS PER PLAN OF CARE		S	S	M	T	W	T	F
根据工作计划表在相对应的服务项目栏打勾		六	日	一	二	三	四	五
Bathing 洗澡	<input type="checkbox"/> Tub盆浴 <input type="checkbox"/> Shower淋浴 <input type="checkbox"/> Sponge海绵浴							
Personal Care 个人护理	Mouth Care口腔护理 <input type="checkbox"/> Dentures假牙护理							
	Comb/Brush Hair 梳/刷头							
	Shampoo 洗头 <input type="checkbox"/> PRN根据需要							
	Shave 刮脸 <input type="checkbox"/> PRN根据需要							
	Foot Care 足部护理							
	Nail Care 指/趾甲护理							
	Skin Care (Specify) 皮肤护理(具体化)							
	Dressing/Grooming 穿衣/梳妆打扮 <input type="checkbox"/> Partial部分 <input type="checkbox"/> Total全部							
Toileting 去厕所	<input type="checkbox"/> Bathroom 厕所 <input type="checkbox"/> Commode 座椅式便桶							
	<input type="checkbox"/> Urinal 尿壶 <input type="checkbox"/> Bedpan 便盆							
	Incontinence Care 大小便失禁的护理 Bowel Movement 排便 <input type="checkbox"/> 记录							
Catheter Care 导尿管护理	Empty Catheter Bag 清空储尿袋							
	Perineal Care 会阴部护理							
	Catheter Care 导尿管护理							
Ambulation and Transfers 行走与搬运	<input type="checkbox"/> Independent 独立 <input type="checkbox"/> Assist 协助							
	Bedbound/Reposition 卧床/调整体位							
	<input type="checkbox"/> Chair/Wheelchair椅/轮椅 <input type="checkbox"/> Commode座椅式 <input type="checkbox"/> Walker助走器 <input type="checkbox"/> Crutches双拐 <input type="checkbox"/> Cane手杖							
Exercises 做运动	ROM Exercises (运动范围内)运动							
	Assist with PT/OT Plan 协助PT/OT治疗计划							
Prepare Meal 备餐	Diet (Specify) 饮食(具体化)							
	Prepare Meal/Snack 备餐/准备小点							
	Feed/Assist Eating 喂食/协助进食							
	Reinforce Diet Instructions 加强饮食指导							
	Encourage Fluids 鼓励流食 Record Intake/Record Output 记录摄入/排出							
Grocery Shop 购物	<input type="checkbox"/> Grocery Shop 购物 <input type="checkbox"/> Errands 跑腿							
Laundry 洗衣	<input type="checkbox"/> Laundromat洗衣房 <input type="checkbox"/> Machine in Home在家							
Housekeeping 家务	<input type="checkbox"/> Bathroom <input type="checkbox"/> Patient Area <input type="checkbox"/> Kitchen 厕所 病人房 厨房							
Vital Signs 测量	Temperature体温 <input type="checkbox"/> Oral口腔 <input type="checkbox"/> Axillary腋下							
	<input type="checkbox"/> Weight 体重							
Other 其他	Wound Care伤口护理 <input type="checkbox"/> Reinforce Dressing加固绷带							
	Ostomy Care (Specify) 开瘻术护理(具体化)							
	Remide Medications 提醒用药							
	Accompany to 陪伴病人到 <input type="checkbox"/> MD医生处 <input type="checkbox"/> Other (Specify) 其他(具体化)							

Standard Precautions-ALL PATIENTS
标准预防措施---针对所有病人
 Supervise Patient Safety Comments:
 监控病人安全事件的具体内容: